

## 診療実績

### 背景

在宅緩和医療・ケア医療法人社団修生会さくさべ坂通り診療所として、医師 2 名（非常勤 1 名）、訪問看護師 4 名（内ケアマネジャー有資格者 4 名）、専任ケアマネージャー 1 名（非常勤 1 名）の構成で診療を行っている。

さくさべ坂通り診療所のがん患者の在宅緩和ケアの診療は、訪問診療と訪問看護が一体となったチームケアとして提供することを基本としている。訪問診療の形式は訪問診療 1 回/週、訪問看護 3 回の定期的な訪問を基本とし、24 時間、365 日いつでも連絡が取れるようになっている。必要に応じて往診あるいは臨時の訪問看護を行う。

以下では当院の診療手順、診療形式、診療実績（2001.9－2010.12）を示す。

### さくさべ坂通り診療所の診療実績

#### 1) 診療内容・診療実績

表－1：訪問診療開始の条件

診断名	がん
訪問先	千葉市（緑区を除く） *2006年3月までは、千葉市と千葉市に隣接する市町村としていた （船橋市・習志野市・八千代市・四街道市・佐倉市・八街市・市原市の一部）
本人	自宅での治療を希望
家族	本人の意志を尊重し、在宅療養の継続を受け入れる

表－2：診療開始までの手順、診療形式

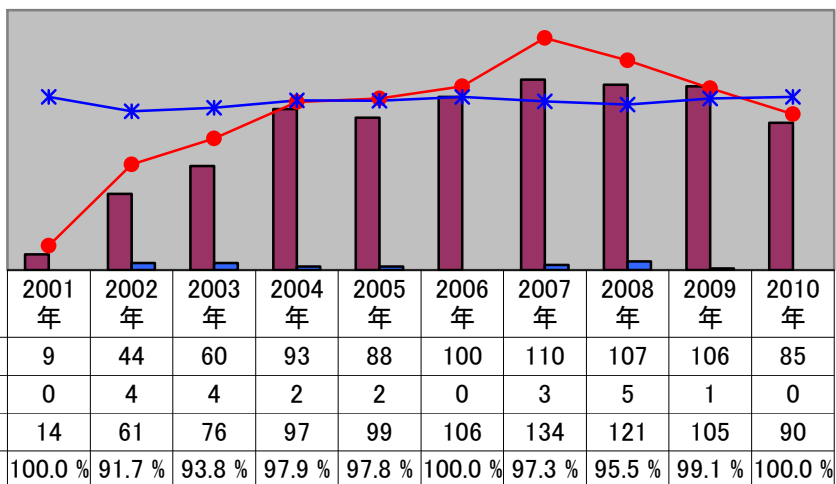
問い合わせ	訪問診療開始（表－1）の条件を伝え、面談の予約が必要であることを説明する
申し込み	患者・家族からの電話を受けて、家族面談の日時を決める
初回面談	訪問診療開始の条件を確認し、在宅療養の準備をする 1. それまでの治療経過における疑問点の解決 2. 家族が抱えている不安の解決 3. 家族の状況理解を確認し、求めている医療と提供可能な医療の調整 4. 在宅療養を継続するために必要な家族の役割を確認 5. 診療体制の説明
訪問の依頼	面談内容を家族から本人に伝え、本人の意志を確認してから依頼を受ける
医療機関との連携	1. 病院主治医に診療情報提供書と画像資料を依頼する
初回訪問診療	2. 依頼を受けた当日または翌日から診療を開始する 3. 医師と看護師（マネジメントナース）が訪問する 4. 病院主治医からの診療情報提供書を受け取る
訪問診療開始	状況に応じた訪問の予定を立てて、定期的な訪問診療・看護を開始する。

診療対象となる患者さんの条件は、がんの診断を受け、本人が家に居たいという意志が明確なこと、それだけである。本人が家に居たいという意志がはっきりしていれば、診療開始前に家族面談を行う。面談で確認する内容について表に示したが、通常で 1 時間、時には 3 時間に及ぶこともある。この面談で患者・家族が思い悩んでいることを十分に聞いて解決し、ケアチームに求めるもの、ケアチームが提供できるものを互いに十分に理解することが非常に重要である。

## グラフ-1 訪問患者数と死亡数・在宅死率の推移

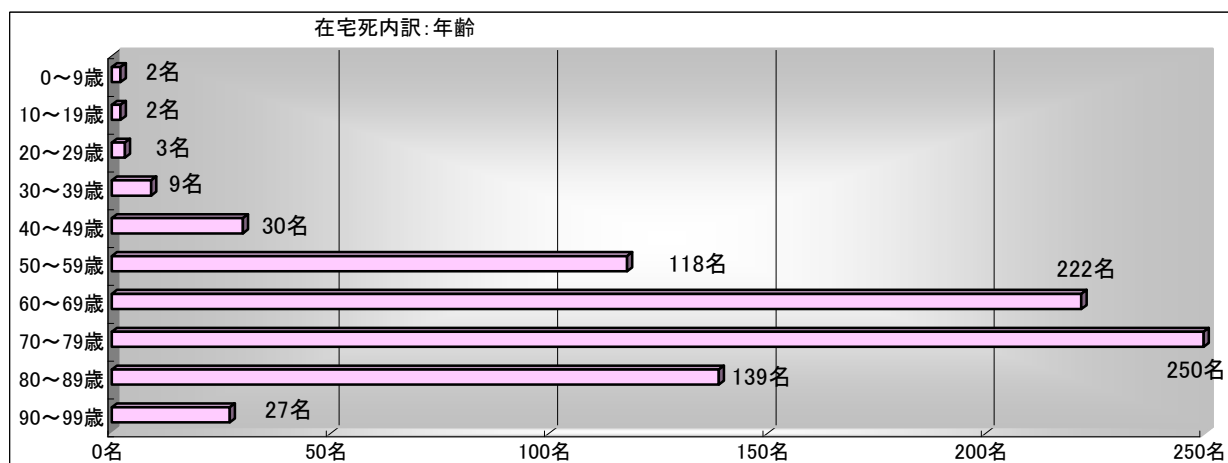
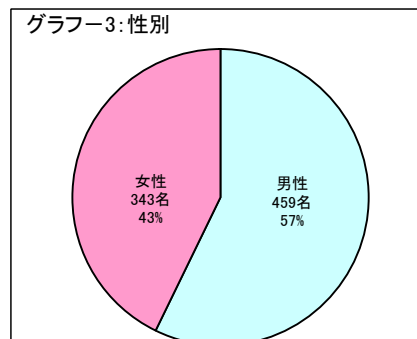
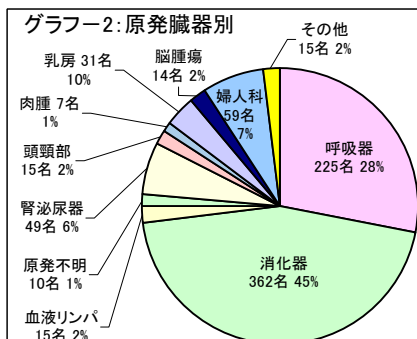
相談件数	1087件	2.8日/件
訪問件数	919件	
中断件数	64件	7.7件/年
死亡者数	病院死	17名
	ホスピス死	4名
	在宅死	802名
訪問中	32名	

在宅死	9	44	60	93	88	100	110	107	106	85
病院・ホスピス	0	4	4	2	2	0	3	5	1	0
新患者	14	61	76	97	99	106	134	121	105	90
在宅死率	100.0%	91.7%	93.8%	97.9%	97.8%	100.0%	97.3%	95.5%	99.1%	100.0%



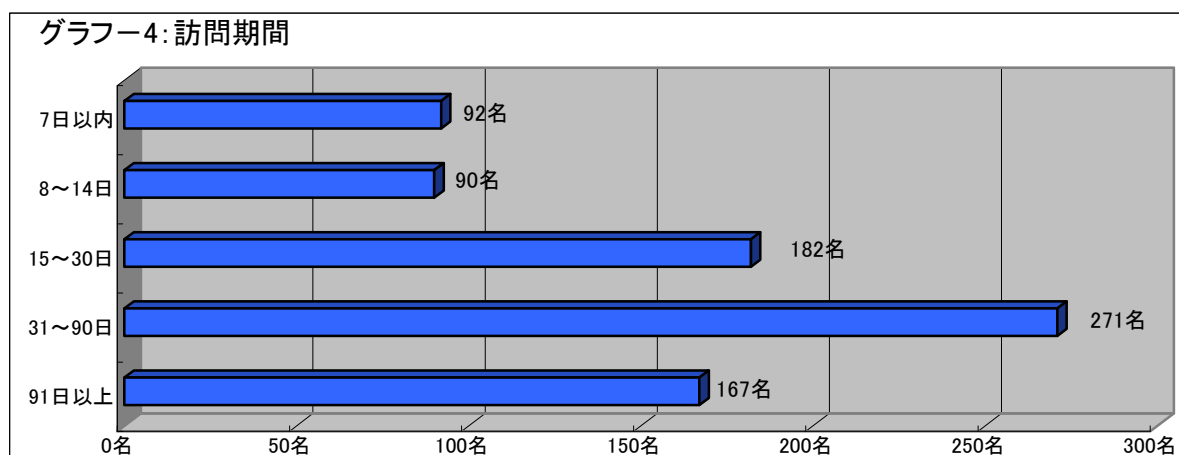
2010年12月までに総計919名の患者を訪問し、在宅死率(在宅死数/総死亡数)は97.4%、在宅緩和ケアの完結率(在宅死/訪問総数)は87.3%である。

在宅死率は目標でありそれにこだわることに意味は無いという人もいる。しかし自宅に居たいと思っている患者が自宅で療養をしていて病状が変化したところで入院をすることは、自宅にいらなくなる状況を解決できなかった結果とも言える。是は患者本人にとって好ましいことではないのであるから、自宅での療養を継続できるように最大限のケアを提供し、そのスキルを向上する努力をすることが重要である。従って在宅死率、在宅完結率は療養・ケアの質を表現する指標の一つであり、ケアを提供する側の努力目標の一つで、意義のあることと考えている。



患者の内訳は原発部位・年齢・性別はグラフに示すとおりで、60歳代・70歳代が過半を占める。消化器と呼吸器の原発が多いが、あらゆる原発臓器の患者さんが対象となる。緩和ケアはそれぞれの癌の特徴に応じた診療をすることも必要であるが、基本的にはがんは進行に伴う全身症状あるいは転移臓器の症状が問題になることも大きいこと、がんという病気で苦悩している人を診るという視点が重要であるので原発臓器によって診療の内容が大きく影響されることは少ない。

がんの発生原因にはいろいろあるが、高齢化、長寿と言うことも大きな要因である。自験例でも70歳台にピークがあり、次いで60歳台、80歳台と高齢者に多い。今後しばらくはこの傾向が続き、高齢医療の中でもがんに対する医療、ケアがますます重要になる。



訪問開始から死亡するまでの期間は全体としては短く、30日以内が45%であり、23%は14日以内である。最短は初回訪問が同時に死亡確認になったこともある。

在宅緩和ケアは単に看取りのケアではなく、がんという大きな疾患を抱えながら、毎日の生活、人生を少しでも充実したものにする、高い生活の質を実現するということである。従って、もっと早い時期から一緒に相談することが好ましいし、必要である。

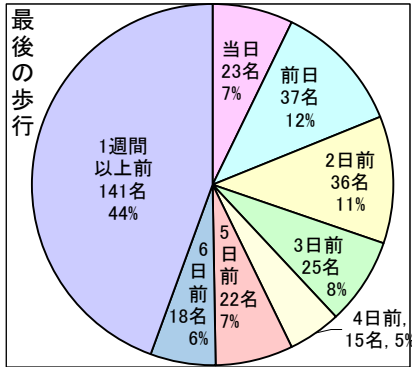
## 2) 緩和ケアの評価

自宅に最後まで居たという事実が在宅緩和医療・ケアの評価の一面を示している。つまり病気の進展に伴う症状や不安などの精神状態が、最後まで家で過ごすことのできる状態であったということである。しかし、患者本人がどのように実感していたかという意味での、本来的な満足度の評価は困難である。必然的に家族(遺族)の評価に傾くが、それは患者自身の思いとは必ずしも同じではない。緩和ケアの質を評価するための基準は難しいが、今回は患者自身の評価として少しでも客観的な指標になりうるものとして以下の要因を取り上げた。死亡までの経過におけるADLの維持、死亡直前のコミュニケーションの状況、薬物(鎮痛剤、鎮静剤)の使用量、臨時の往診・訪問看護の回数などである。

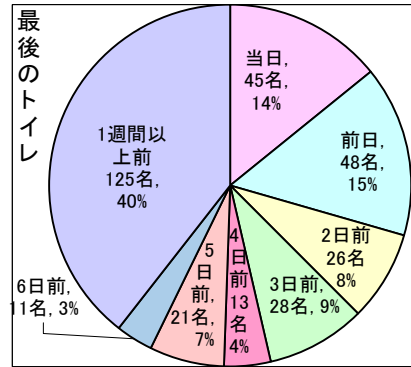
患者自身の評価；2006年一年間のADLおよびコミュニケーション解析

- ① ADL — 室内での歩行（介助されることを含む）がいつまで可能であったか、トイレにいつまで行っていたかをみた。およそ3割の人が死の二日前まで歩くこと、トイレに行くことが可能であった。内4割近くの人が死亡前日もトイレに行っていた。ADLについて訪問期間1ヶ月の患者を、訪問開始時入院から在宅へ移行した群と外来から在宅へ移行した群で比較すると、前者に比べて後者の方が歩行機能の維持がされていた。

グラフー5：歩行機能の維持

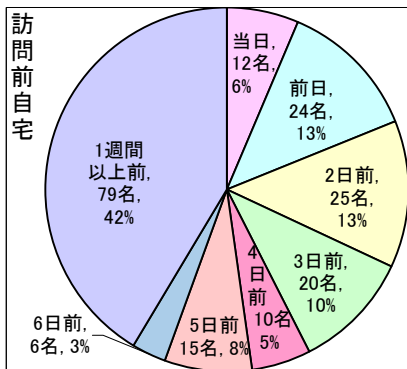


グラフー6：最後のトイレ使用

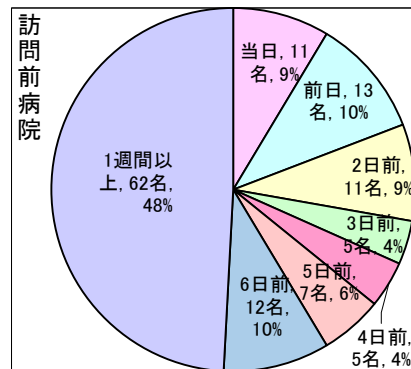


- ② 在宅医早期参加の意義の検討 — 訪問開始直前の療養場所による死亡までの歩行機能

グラフー7：訪問前の療養場所が自宅の場合 最後の歩行

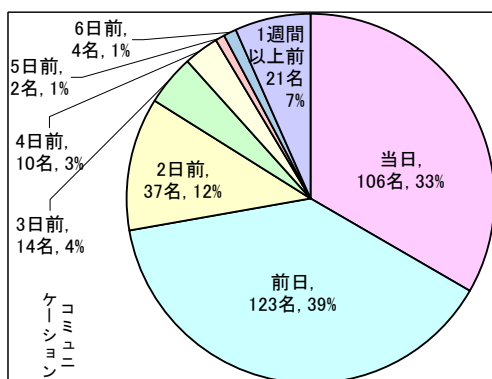


グラフー8：訪問前の療養場所が病院の場合 最後の歩行

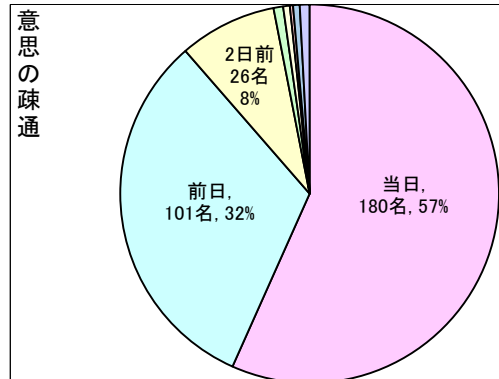


- ② コミュニケーション — 85%の人が死の二日前まで話しができ、1/3の人が死亡当日にも可能であった。意思の疎通（言葉に限らず、顔の表情、頷く、首を振るなどを含めて）は9割以上の人が死亡前日まで可能であった。

グラフー9：コミュニケーション



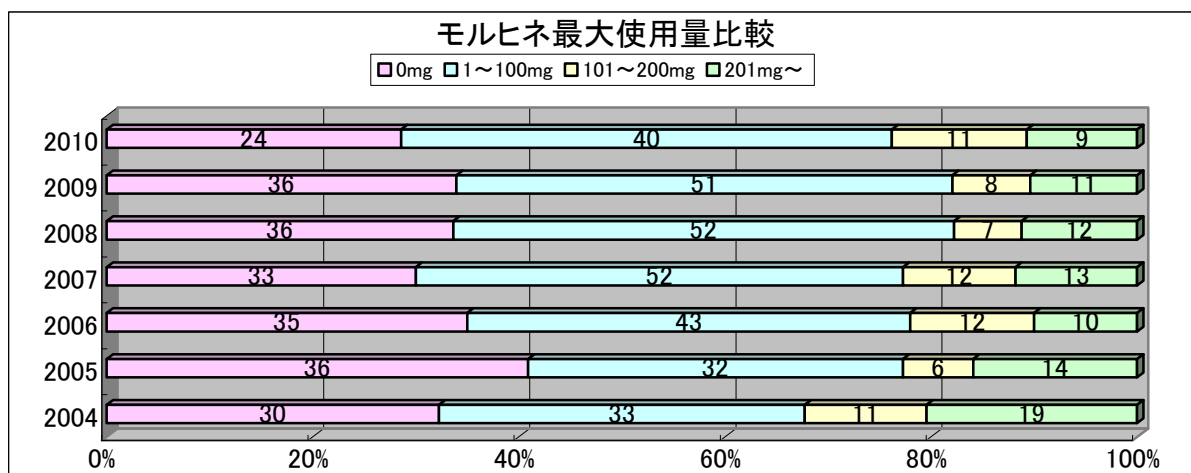
グラフー10：意思の疎通



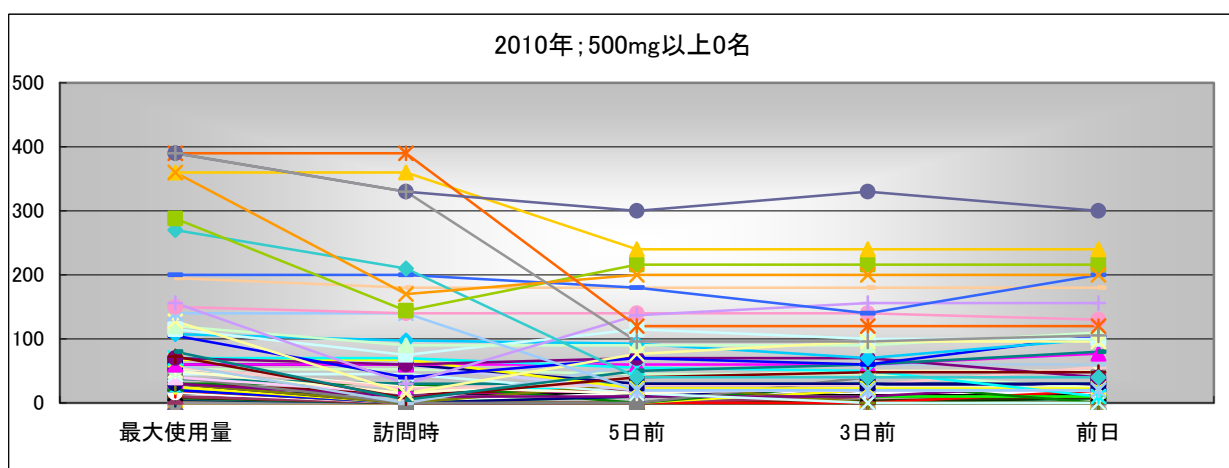
### ③薬物使用

麻薬使用で検討した。麻薬はモルヒネ、オキシコドン、フェンタニールの3種類であり、全てモルヒネに換算したオキシコドンは本来モルヒネの130-150%であるが、今回は同量とした。フェンタニールは2.5mgをモルヒネ60mgとして計算した。投与法は経口・持続皮下注射・坐剤・貼付剤であり、持続皮下注射は倍量として計算した。過去3年間をみても、麻薬使用が全くなかった例が全体の30-40%あり、使用群で見るとその殆どが200mg以下であった。また死亡前に使用量が増える傾向は、呼吸困難例以外にはなかった。年次別にみると、200mg以上の大量使用例が減少した。

グラフ-11：2004～2010年のモルヒネ使用量の比較



グラフ-12 麻薬使用量（疼痛緩和に対して）2010年



これらのグラフから麻薬使用量は最期の1週間殆ど変化がなく、しかも訪問期間中の最大使用量を超えることはなかったということがわかる。グラフの中で亡くなる直前に急激に麻薬使用量が増えているのは一人を除いては全員が呼吸困難の患者である。グラフ-12は2010年の1年間のデータであり、痛みに対して麻薬を使った人のグラフであるが、急激な使用量の変化は無い。

決して最期に痛み、苦しむと言うことはなかったということが数量的に明らかになった。あえて断定的に言うと、適切なケアを受けることで、がんでも痛くならない人がかなりの割合でいること、痛み

がある場合でもがんの痛みはどんどん強くなり、最後に更に強い痛みが来ることはないということが示されている。

つまり最期に痛み、苦しむのは殆どの場合、がんの浸潤そのものの身体的な痛みではなく、他の要因、つまりトータルペインの視点でのケアの提供が不十分であった結果であるということ示唆している。家族、ケアチームがその時々の方の思い、辛さに共感した対応ができているか、の方の意思を尊重した対応、ケアができているかと言うことである。このようなコミュニケーションの成否については、訪問の中で一つ一つの事柄を具体的な問題として捉え、理解することができるかどうかにかかっている。療養環境という意味では、住み慣れた家と施設という療養の場の違いがもたらす影響をどのように考えるのかも重要である。基本的な違いを考えると、生活という視点を挙げることができる。家にいて過ごすことそのものが生活そのものである。痛みも痛みそのものとしえ捉えるのではなく、生活をしていく上でどのような問題があるのかという視点で捉える事が大切で、そうすることで痛みに関して必要以上に注意が向くことを避け、自然の形で疼痛緩和が行うことができる。住み慣れた家にいることのよさを生かし、鎮痛剤の適切な投与がなされた場合、自宅では鎮痛剤の効果を有効に発揮することになり、トータルペインの視点から考えても身体的な痛み以外の要因が大きく関わる余地が少なくなる。つまりこの点からも最期に痛み、苦しむという事態を招来することが少なく、気がついたら家に最期までいたと言うことが可能になるのである。

重要なことは家にいることの良さを生かすケアとはどのようなものか、生かすためにはどのように考えていくのかということ、患者・家族、ケアチームが一体をなして相談しながら作り上げていくことである。

## まとめ

多くの方ががんで最後まで自宅にいることは無理だと考えている。実際に介護の大変さ、痛みなどをはじめとして辛い症状は家ではとれないのではないかと、病状が変化したら家で看ることはできないという思いを多くの医療・福祉関係者、患者を含む市民が持っている。今回のさくさべ坂通り診療所の診療実績は、がんであっても落ち着いた状態で、住み慣れた家で最後まで過ごすことが可能であることを示すことができた。住み慣れた家で療養することが優れているという要因として、次の2点を挙げる事ができる。第一は家に居ることは、今までの生活の連続性、継続性を保つことができる事を意味している、家に居ることそのものがまさにその人の生活をする事である。第二は基本的な自由が保障されるということができる。家の中を好きな格好で、好きな場所に移動することができること、つまり行動の自由が保障される。さらには一日の生活のスケジュールを患者本人のペースに合わせる事ができる。つまり時間の自由が保障される。この行動の自由、時間の自由が保障されることで、精神の自由が得られる。このことは鎮痛剤の適切な投与がなされた場合、施設に比べるとその効果を発揮することに大いに資することは明らかであり、トータルペインの視点から考えても身体的な痛み以外の要因が大きく関わる余地を少なくすることが可能となる。つまりこの点からも最期に痛み、苦しむという事態を招来することが少なく、気がついたら家に最期までいたと言うことになるのである。

重要なことは家にいることの良さを生かすケアとはどのようなものか、生かすためにはどのような取り組みがよいかなどを、患者・家族とケアチームが一体となって相談しながら作り上げていくことである。